

Información del paciente	Información de contactos
Fecha _____ Nombre _____ Direccion _____ Estado de la ciudad Zip____ Edad___ fecha de nacimiento _____ Ocupacion/Trabajo _____ ¿Cómo se enteró de nosotros? _____ _____	Telefono _____ Correo electrónico _____ ¿le gustaría recibir nuestro boletín mensual? <p style="text-align: center;">SÍ / NO</p> Que otra persona podríamos contactar si es necesario: Nombre _____ Relacion a usted _____ Telefono _____

Historial Salud

¿Para qué desea recibir tratamiento? 1- _____ _____	Lista de medicamentos o suplementos que esté tomando. _____ _____
2 - _____ _____	Lista de enfermedades graves, accidentes o cirugías de los últimos 5 años ____ _____
3 - _____ _____	¿Tienes síntomas de gripe (fiebre, náuseas / vómitos, diarrea, etc.)? _____ Fecha de última menstruacion____ Podría estar embarazada?____
Cual es su escala de severidad 0 - 10: ____ ¿Cómo duerme? _____ _____	¿Desea recibir una receta de hierbas añadido a su tratamiento? _____ HISTORIA DEL RECORRIDO DE ¿Han viajado fuera de la región en los últimos 30 días? _____
¿Cómo esta su digestión? _____ _____	¿Si sí, dónde? _____

Historial de Salud ... Continua

- Depresión
- EL VIH/SIDA
- Hepatitis B o C
- Mareo
- Ansiedad
- Ira excesiva
- Fatiga
- Dolores de cabeza
- Anemia
- Artritis
- Cáncer
- Diabetes
- Neuropatía
- Epilepsia
- Temblores
- Asma o dificultad para respirar
- Visión borrosa/falla
- Dolor de oído
- Dolor en los ojos
- Pérdida de la audición
- Zumbido en oídos-alta o baja la echada (círculo
□ uno)
Tos
Dolor de garganta
Moretones fácilmente
Prurito, erupción

- Sudores nocturnos
- Tienden a sentirse caliente fácilmente
- Tienden a sentirse frío fácilmente
- Sangre en la orina
- Infecciones de riñón/piedras
- Disminución de la libido
- Dolor en el pecho
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Palpitaciones del corazón
- Diarrea
- Estreñimiento
- Indigestión/acidez
- Náuseas
- Dolor de estómago
- Falta de apetito
- Vómitos
- Problemas de próstata
- Flujo menstrual excesivo
- Cuagulos menstruales
- SPM/TDPM (*síndrome premenstual*)
- Amenorrea (ha dejado de tener un período)
- Menopausia
- Historia de aborto espontáneo
- SOP (síndrome de ovario poliquístico)
- Sometidos a tratamientos de fertilidad

Firma

La información en este formulario esta correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____

Letra de Phoenix Comunidad Acupuntura

-Por favor coloque sus iniciales en cada sección, luego firme y feche la parte posterior.

Gracias.-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La acupuntura implica la inserción de agujas especiales en puntos de la partícula del cuerpo. El propósito de este tratamiento es para prevenir o reducir el dolor y ayudar a su cuerpo funcionar mejor. Hay algunos riesgos al tratamiento, incluyendo la posibilidad de moretones de la piel o sangrado leve, debilidad, desmayos, o la provocación de síntomas existentes antes del tratamiento de acupuntura. Hay poco o ningún riesgo de infección cuando las agujas son estériles. PhxCA utiliza solamente un solo uso, agujas desechables estériles. No reutilizamos las agujas. PhxCA no brindar atención primaria, ni occidental (alópata) cuidado. Por favor consulte a su médico para los servicios y controles de rutina.

Si está embarazada, tiene un trastorno de la coagulación, marcapasos, presión arterial alta, infección local o se le ha recetado medicamentos anticoagulantes como Coumadin, nosotros todavía podemos tratarlo/a pero debemos ser conscientes de su condición. Al firmar abajo, usted declara que le ha informado a sus acupunturistas de tales condiciones.

___ *Yo entiendo los riesgos y voluntariamente doy consentimiento para los procedimientos.*

Liberación de responsabilidad por pérdida o robadas de bienes

PhxCA no es responsable por artículos perdidos o robados. No traiga objetos de valor en la sala de tratamiento. No podemos garantizar su seguridad.

___ *Publicar comunidad phoenix acupuntura de responsabilidad por los bienes perdidos o robados*

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

PhxCA toma en serio el derecho a su privacidad. Nosotros no divulgamos ninguna personal, salud, financiero, o cualquier otra información sobre usted, o servicios que ofrecemos a usted a ninguna tercera parte sin su solicitud o permiso. Esto incluye servicios en línea que ofrecemos, incluyendo acceso a su información de la cita, identificación de usuario o contraseña.

Política de privacidad de acupuntura ___ entiendo comunidad de phoenix.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/ELECTRÓNICOS RECIBO

Acupuntura comunitaria de Phoenix hace todo lo posible para hacer acupuntura disponible para tantas personas como posible, a lo más asequibles las tasas porque nuestra intención es ofrecer atención de salud de alta calidad a precios asequibles, pedimos por lo menos 12 horas de antelación aviso si es necesario cancelar la cita. Todos citas que se cancelan con menos de 12 horas avanzada aviso y las citas perdidas sin previo aviso, se cobrará \$20 para el nombramiento. Si citas habían sido compradas en un paquete de perdidas o cancelado nombramiento se deducirá del número de citas restantes en ese paquete.

También doy mi consentimiento para tener recibos electrónicos de phoenix comunidad acupuntura a mi número de teléfono dirección y/o correo electrónico solicitadas.

___ *Estoy de acuerdo con la política financiera de la acupuntura comunidad Phoenix*

RECONOCIMIENTO DE ESPACIO DE COMUNIDAD

Yo entiendo que....

- Si necesito ser despertado/a en un momento determinado, le avisaré al acupunturista
- Podría estar demasiado relajado para poder conducir inmediatamente después del tratamiento
- Si los ronquidos de otras persona me molestan, PhxCA proporciona tapones para los oídos de forma gratuita. Audífonos personales pueden usar siempre y cuando no sean distracción para otros pacientes.
- En el espacio de comunidad hablar en voz baja y apagar mi celular es necesario.
- Tengo la opción de escribir en una nota de cualquier problema que quiero informar a mis acupunturistas pero no quiero hablar en el espacio comunidad.
- Por reasons de seguridad, si necesito una cobija, le diré a mi acupunturista y lo conseguira para mi.
- Si tengo tos por cualquier motivo, yo le pediré una máscara que puede proporcionar el PhxCA.
- Si estoy experimentar gripe-como síntomas (fiebre, náuseas y vómitos, diarrea, etc.), me quedare en casa y no se a PhxCA de acupuntura hasta que estoy bien.
- Necesito para comer y beber bastante agua antes del tratamiento.
- Para mejores resultados, ropa suelta, que se puede rodar a codos y rodillas, es aconsejable.
- Los acupuntaristas pueden recomendar suplementos de hierbas. Debo dejar de tomar cualquier hierba y notifíquelo inmediatamente a la clínica si experimenta reacciones adversas
- Las agujas de acupuntura son muy pequeñas; y PhxCA necesita para tratar un gran volumen de pacientes con el fin de mantener sus precios bajos; y por lo que puedo necesitar ayudar a mi acupunturista localizar todas las agujas al final de me tratamiento y antes de irme de la clínica
- Estoy dispuesto a participar en mi propio proceso de tratamiento

_____ *Estoy de acuerdo a un producto, un tratamiento y seguir los informes en el espacio comunitario*

REGLAS DE LA CLÍNICA

No entrare en la clínica con los pies descalzos, no dejare mi sill mientras que las agujas estén insertadas, alertare al personal si veo una aguja en el piso, pero no las tocare. No quitaré mis propias agujas. Entiendo que mi acupunturistas me revisara con frecuencia

_____ *Estoy de acuerdo en seguir las reglas de la clínica*

Al firmar abajo, estoy de acuerdo a las políticas, autorización y liberación de responsabilidad como conjunto adelante en totalidad de este documento.

Firma _____ Fecha ____/____/____